

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**“COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL
PARTO Y PUERPERIO EN PACIENTES CON
CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO
2014.”**

TESIS

Para optar el Título de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Lidia Vanessa Curahua Sanchez

ASESOR

Jenny Elenisse Zavaleta Luján

LIMA - PERU

2015

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por darme la sabiduría y fuerza para culminar esta etapa académica,

A mi alma mater, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por albergarme e inculcarme los conocimientos adquiridos.

A la directora de la escuela de obstetricia Dr. Zaida Zagaceta

Por su guía y valiosos consejos a lo largo del proceso de investigación

A mi asesora de tesis Lic. Jenny Zavaleta Luján

Por su ayuda, comprensión y paciencia a lo largo del proceso de investigación.

Al personal del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Por ofrecernos la información requerida para lograr los objetivos trazados en este estudio.

DEDICATORIA

A Dios por su fidelidad y amor; a mis padres, porque todo lo que soy se lo debo a ellos, por la confianza y ayuda incondicional brindada y a mis hermanos por inculcar en mí la importancia de estudiar.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	17
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	17
2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	17
2.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	17
2.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	18
2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	19
2.7 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	19
2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
3. RESULTADOS	21
4. DISCUSIONES	26
5. CONCLUSIONES	29
6. RECOMENDACIONES	30
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
8. ANEXOS.....	34

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal. Para este trabajo se trabajó con dos muestras: 100 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y 99 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el primer semestre del año 2014. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para el análisis de variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). Las gráficas fueron diseñadas en Microsoft Excel 2013, se utilizaron las herramientas graficas: diagramas barras.

RESULTADOS: Las características generales de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto fueron: la edad promedio del grupo de parto vaginal fue 28.65 años y del grupo de parto por cesárea fue 29.13 años. La mayoría de las pacientes del grupo de parto vaginal (46%) y de cesárea (49.5%) tuvieron edades con rangos entre 30 a 35 años. La indicación de cesárea anterior, el grupo de parto vaginal fue alteración de la vitalidad fetal (21%), la preeclampsia-eclampsia (12%), la macrosomía (12%) y la presentación pélvica (10%), mientras que en el grupo de parto por cesárea fueron la alteración de vitalidad fetal (33.3%), la desproporción feto-pélvica (14.1%), la preeclampsia-eclampsia (10.1%) y la macrosomía (7.1%). La indicación de cesárea actual fue antecedente de cesárea previa en el 35.4%, alteración de la vitalidad fetal en el 21.2% y la desproporción feto-pélvica en el 18.2%. Respecto a las complicaciones maternas de la cesárea previa en el grupo que culminó por parto vaginal fueron: el trauma perineal (29%), el alumbramiento incompleto (8%), los desgarros cervicales (4%) y la hemorragia intraparto (2%), y en el grupo que culminó en cesárea la principal complicación fue la hemorragia intraparto (8.1%). Las complicaciones maternas durante el puerperio que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa fueron: la anemia (42%), la fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%), y en las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa se evidenció anemia (42.4%), fiebre puerperal (11.1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto e infección del tracto urinario (3%) respectivamente.

CONCLUSIÓN: Las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa atendidas en el INMP durante el primer semestre 2014 fueron en el grupo de parto vaginal la anemia y el trauma perineal, y en el grupo de parto por cesárea fueron la anemia y la fiebre puerperal.

PALABRAS CLAVES: Complicaciones maternas, parto, puerperio, cesárea previa.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the main maternal complications during delivery and puerperium in patients with previous cesarean that culminated in vaginal delivery and cesarean attended by the National Materno Perinatal Institute during the first semester of 2014

METHODOLOGY: Study observational, comparative descriptive, retrospective cross sectional. For this work, it worked with two samples: 100 pregnant women with previous cesarean that culminated in vaginal delivery and 99 pregnant women with previous cesarean that culminated in vaginal birth, attended by the National Materno Perinatal Institute in the first half of 2014. For the descriptive analysis of the quantitative variables were estimated measures of central tendency (mean) and dispersion measures (standard deviation). For the analysis of qualitative variables were estimated percentages (relative frequencies). The graphics were designed in Microsoft Excel 2013, the graphical tools were used: bar charts.

RESULTS: The general characteristics of patients with previous cesarean according to type of delivery were: the average age of the group vaginal delivery was 28.65 years and cesarean delivery group was 29.13 years. The majority of patients of the vaginal delivery (46%) and cesarean section (49.5%) had age with ranges between 30-35 years. The indication for previous cesarean, vaginal delivery group was impaired fetal vitality (21%), preeclampsia-eclampsia (12%), macrosomia (12%) and breech presentation (10%), whereas in the cesarean delivery group were impaired fetal vitality (33.3%), fetal-pelvic disproportion (14.1%), preeclampsia-eclampsia (10.1%) and macrosomia (7.1%). The current cesarean indication was a history of previous cesarean section in 35.4%, impaired fetal vitality in 21.2% and feto-pelvic disproportion in 18.2%. With respect to maternal complications of previous cesarean in the group culminated vaginally were: perineal trauma (29%), incomplete delivery (8%), cervical lacerations (4%) and intrapartum hemorrhage (2%) and in the cesarean group culminated in the main complication was intrapartum hemorrhage (8.1%). Maternal complications during the postpartum patients that presented with vaginal birth after cesarean were: anemia (42%), puerperal fever (7%) and urinary tract infection (4%), and patients of birth with previous cesarean that culminated in cesarean were anemia (42.4%), puerperal fever (11.1%), wound infection (4%) and postpartum hemorrhage and urinary tract infection (3%) respectively.

CONCLUSIONS: The main maternal complications during delivery and puerperium patients that presented with previous cesarean attended in the INMP during the first semester 2014 were in the vaginal delivery group anemia and perineal trauma, and in the group of cesarean delivery were anemia and puerperal fever.

KEYWORDS: Maternal complications, birth, postpartum, previous cesarean.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad una de las principales polémicas en el manejo obstétrico, es como proceder y culminar el parto en una paciente con antecedente de cesárea; hace años en una época en que la cesárea era corporal donde no existía antibióticos ni transfusiones, y la morbilidad materno-fetal era elevada, Craigin (1916) pensaba que: “una vez cesárea, siempre cesárea”¹, es decir que ante una gestante con cesárea previa era indispensable realizar nuevamente el mismo procedimiento; sin embargo estos conceptos han cambiado, puesto que hoy en día las gestantes con cesárea previa pueden culminar su gestación tanto por vía vaginal como por cesárea, apareciendo como contraparte otro concepto: una cesárea no siempre lleva a otra cesárea².

En el mundo, las tasas de cesáreas se están incrementando considerablemente, por ejemplo en países como Europa y EE.UU., la tasa pasó de 5% a 30% para el año 1990 y para el año 2013 a un 31%³, de los cuales el 23% corresponden a cesáreas repetidas o previas⁴.

En países de América Latina, lugar donde se han realizado más cesáreas, existe un reporte que señala que el 40% de las gestaciones finalizaron en cesárea, frecuencias que aumentaron considerablemente en comparación con otros años, evidenciándose una problema de salud pública^{5,6}.

En nuestro país, también se ve esta tendencia, observando un aumento de las tasas de cesáreas entre 20.2% y 54.5%, siendo uno de los motivos más frecuentes el hecho de haberse sometido con anterioridad a una cesárea, disminuyendo las posibilidades de un parto vaginal⁴.

Pero esta decisión se ve influenciada muchas veces, por conceptos que aún prevalecen en la actualidad, como la probabilidad de complicaciones tanto para la madre como para el niño, en pacientes con cesárea previa. Estudios diversos figuran que existen probabilidades de complicaciones tras una cesárea previa, como son rotura uterina, hemorragia posparto, histerectomía, desprendimiento prematuro de placenta, distress fetal, etc², entre ellos se encuentran:

Huertas y asociados en el año 2010 en Lima-Perú efectuaron un estudio titulado “Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior” donde encontraron que las participantes con cesárea previa que terminaron en parto vaginal no presentaron complicaciones, mientras que las participantes con cesárea previa que terminaron en cesárea presentaron hemorragia postparto, transfusión sanguínea, rotura uterina e histerectomía⁴.

Sandeliz et al. en el año 2008 en Namibia-África realizaron una investigación titulada “Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa” donde observaron que las complicaciones del grupo con cesárea anterior que culminaron en parto vaginal fueron la anemia, la endometritis y la sepsis de herida quirúrgica, y del grupo con cesárea anterior que culminaron en parto por cesárea fueron la anemia, el íleo paralítico, la sepsis urinaria y la atonía uterina⁷.

Campos en el año 2007 en Buenos Aires-Argentina publicó un estudio titulado “Parto vaginal después de una cesárea”, hallando que las mujeres con cesárea anterior que finalizaron en parto vaginal tuvieron dehiscencia parcial de histerorrafia y las que finalizaron en parto por cesárea tuvieron dehiscencia parcial de histerorrafia y rotura uterina más histerectomía⁸.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, la Oficina de Estadística e Informática señala que durante los años 2006 y 2007 los casos de cesárea registraron el 39,5% y 37,2% del total de partos respectivamente, incrementándose para los años 2012 y 2013 (44.3% y 44.5%)⁹, de los cuales casi el 50% se realizaron por diagnóstico de cesárea previa; esto podría deberse a la aparente seguridad del procedimiento, la complacencia del médico y de la paciente, la edad, el índice de masa corporal, la presencia de enfermedades concomitantes, entre otras razones, no obstante una cesárea anterior puede generar en un siguiente embarazo repercusiones maternas en el parto y en el puerperio aumentando los índices de morbilidad e incluso puede llevar a la muerte. En esta institución se han observado algunas complicaciones en pacientes con cesárea previa como hemorragia postparto, rotura uterina, histerectomía, etc., sin embargo no se ha detallado en qué vía de parto se han presentado más complicaciones, por ello, la presente investigación busca determinar las complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional

Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014, con la finalidad de conocer donde se presentan mayor número de complicaciones y evitar intervenciones innecesarias.

El **parto** es la culminación del embarazo humano, que conlleva el nacimiento del bebé del útero materno, el cual presenta dos **vías**: el parto por vía vaginal y el parto por cesárea.

El **parto vaginal** es aquel tipo de parto que involucra una serie de periodos: periodo de dilatación, periodo expulsivo y periodo de alumbramiento.

Periodo de dilatación: Comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: La fase latente, la cual comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm. La Fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación. Puede ser definida teniendo en cuenta criterios exclusivos de dilatación cervical, desde los 2 a los 10 cm de dilatación o desde los 4 a los 10 cm de dilatación o incluyendo la percepción de la mujer, como por ejemplo el inicio de contracciones regulares hasta el comienzo de los pujos. Dado que el dato más característico de la fase activa es la progresión más rápida de la dilatación¹⁰.

Periodo expulsivo: La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal¹⁰.

Periodo Alumbramiento: La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La duración de la tercera etapa del parto es importante porque la prevalencia de la Hemorragia postparto se incrementa cuando su duración se alarga, aunque no hay criterios universalmente aceptados sobre la duración óptima del alumbramiento. La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo¹⁰.

Por otro lado, la **cesárea** se define como la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la cara anterior de la pared uterina (histerotomía) ante una situación de peligro de la madre o el feto o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente, excluyendo la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de rotura uterina o en el caso de embarazo abdominal¹¹.

La definición original fue dada por el obstetra francés Jean Louis Baudelocque: "Es una operación por la que se abre una vía para extraer al feto diferente de la natural". Se cree que pueda derivarse del verbo latino "*Caedere*" que significa "Cortar", por lo que simplemente indicaría "Parto por corte"¹².

Las **indicaciones** para que sea necesaria la culminación del embarazo mediante una cesárea son múltiples. Estas condiciones pueden planearse con antelación o también pueden surgir problemas antes o durante el trabajo de parto que requiera un parto por cesárea. Los principales motivos son¹³: Parto complicado prolongado o distocia (pelvis anormal, agotamiento materno, malformaciones uterinas, posición fetal anormal, asinclitismo, hidrocefalia, pelvis demasiado estrecha); evolución deficiente del trabajo de parto; sufrimiento fetal aparente; sufrimiento maternal aparente; complicaciones como preeclampsia o eclampsia; embarazos múltiples; inducción del trabajo de parto fallida; parto instrumental fallido; macrosomía; placenta previa; pelvis contraída; evidencia de infección intrauterina; algunas veces, cesárea previa; problemas de curación del periné, derivados del parto o de la Enfermedad de Crohn; infecciones maternas (VIH o Herpes); y mala presentación fetal.

Además de ello, es importante señalar a la **cesárea previa**, la cual implica que la mujer tenga una cicatriz en el útero y que se debe haber cuidado de forma especial durante el parto con el fin de minimizar los riesgos de sufrir una rotura de útero durante el proceso de parto. Esto significa que el parto debe intervenir lo mínimo posible y que todo lo que se ha demostrado importante para reducir el riesgo de complicaciones en un parto normal (ej. evitar inducciones, favorecer la libertad de tiempo y movimiento en dilatación y expulsivo) deben promoverse aún más en este caso.

Se han realizado estudios que han buscado evaluar si hay diferencias en los resultados maternos ante una cesárea anterior entre un parto vaginal y un parto por cesárea, llegando a revelar resultados diversos, por lo que sería importante continuar con las investigaciones para corroborar dichos resultados ¹⁴⁻¹⁷. A pesar de las

conclusiones a las que han llegado, aún se presentan complicaciones por cesárea anterior como hemorragias, ITU, fiebre, rotura uterina, etc., lo cual debería evitarse.

A continuación se detallarán las principales complicaciones del parto vaginal y de la cesárea en pacientes con cesárea previa:

En un **parto vaginal con cesárea previa** se pueden presentar **complicaciones maternas en el parto y en el puerperio**, entre estas destacan:

Ruptura uterina: Es el desgarro de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero. La rotura uterina es una de las complicaciones más serias del embarazo y del parto. Es más común la rotura uterina en los casos de distocias o de partos laboriosos, y es más rara cuando espontáneamente llega a presentarse durante el embarazo¹⁸.

Retención Placentaria: Si luego de realizar la tracción controlada del cordón, la placenta no se expulsa después de 30 minutos de estimulación con oxitocina y el útero está contraído se llega al diagnóstico de placenta retenida¹⁹.

Acretismo Placentario: Es la adherencia anormal de la placenta al miometrio, sin penetrar en él. Su diagnóstico es ecográfico durante la gestación¹⁹.

Retención de restos placentarios: Es cuando uno o más lóbulos placentarios quedan retenidos, lo cual impide que el útero se contraiga eficazmente. La conducta más adecuada en este caso es la exploración manual del útero y posterior legrado evacuador¹⁹.

Desgarros obstétricos: Son la segunda causa más frecuente de hemorragia posparto. Se manifiestan con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Dentro de ellos se considera al desgarro vaginal, perineal y cervical¹⁹.

Endometritis: es una infección del revestimiento uterino y es la causa más común de la infección posparto. Es usual en mujeres con corioamnionitis y más común en mujeres a las que se les practicó cesárea. Se caracteriza por la aparición de fiebre, en general en las primeras horas después del parto, y puede asociarse a dolor abdominal bajo, subinvolución uterina y loquios de mal olor en un periodo que se puede extender hasta 40 días postparto o cesárea²⁰.

Trabajo de Parto Disfuncional: La desviación del progreso esperado del parto puede provocar patrones anormales en las contracciones, dilatación del cérvix o un descenso del feto a través del canal pélvico. Muchos desajustes son tratados con la administración de un medicamento que induce las contracciones llamado oxitocina. Otras formas de tratar estos desórdenes son el descanso materno, cambio en la posición de la madre y el feto, y ocasionalmente la administración de anestesia. Si no dan resultados, la extracción quirúrgica es casi siempre necesaria.

Partos quirúrgicos: Pueden ocurrir emergencias durante el mismo trabajo de Parto lo cual trae como consecuencia que cambie el rumbo de la finalización del parto a una cesárea.

Antes de presentar las **complicaciones maternas del parto y puerperio en cesárea**, es necesario mencionar que la cesárea ha conllevado a una alta mortalidad materna siglos atrás, sin embargo actualmente, gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios del XX como la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbilidad materna por la cesárea ha disminuido notoriamente²¹. No obstante aún se presentan complicaciones como:

Complicaciones Anestésicas: Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general. En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante pueden aparecer: hipotensión, cefalea postpunción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas, piroxia materna)²¹.

Complicaciones Quirúrgicas: El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones varía entre 1 y 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas de emergencia, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas. Dentro de ellas se pueden presentar desgarramiento de la histerotomía, lesiones vasculares, lesiones en el tracto urinario, lesión del intestino, lesiones nerviosas. No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica

quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto²¹.

Complicaciones Infecciosas: Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas la más frecuente es la Endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Otras más graves pero menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermix caseoso²¹.

Complicaciones Hemorrágicas Postparto: Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna²¹.

Complicaciones Tromboembólicas: La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el trombo embolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuente, entorno al 0.52%, sin embargo continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE²¹.

La cesárea repetida electiva y el trabajo de parto posterior a la cesárea están expuestos a riesgos materno o neonatal. Estos riesgos incluyen la hemorragia materna, infecciones, lesiones operativas, trombo embolismo, la histerectomía y la muerte. La mayor morbilidad materna que se produce durante el trabajo de parto conlleva a una cesárea repetida²².

Una de las complicaciones como la ruptura uterina o dehiscencia de la herida operatoria es el resultado asociado con un trabajo de parto en cesárea previa, lo cual aumenta de forma significativa la posibilidad de morbilidad maternal y neonatal adicional. La incidencia de rotura uterina varía, en parte debido a que algunos estudios han agrupado verdad, la ruptura uterina catastrófica junto con dehiscencia de la cicatriz asintomática²².

Un factor que aumenta la probabilidad de ruptura uterina es el lugar de la incisión en el útero. Varios estudios grandes de mujeres con una incisión previa uterina transversal baja, reportaron una tasa de ruptura uterina de aproximadamente 0,5-0,9% después trabajo de parto de cesárea previa. Como se analiza de la siguiente manera, el riesgo de ruptura uterina es mayor en las mujeres con otros tipos de incisiones uterinas ²³. La incidencia de ruptura uterina es muy variable según el tipo incisión realizada sobre el útero, siendo tan baja cuando la cesárea es de tipo segmentaria transversa baja, encontrando datos que varían de 0% a 0.8%; cuando sobre el segmento se realiza una incisión vertical la incidencia de ruptura uterina en el embarazo siguiente aumenta de 0.5% a 6.5%²³.

En comparación con un parto por cesárea planificada, un **trabajo de parto luego de una Cesárea previa se asocia con los siguientes beneficios:**

Ninguna cirugía abdominal.

Más corto período de recuperación.

Menor riesgo de infección.

Menor pérdida de sangre²⁴.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias: que persista la indicación anterior, que la cesárea fuese clásica o desconocida, que el feto pese 4.000 gramos o más, que haya alguna contraindicación para el parto vaginal, que no se pueda monitorizar el parto y, la falta de un anestesiólogo y un neonatólogo²⁵.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, lugar donde la frecuencia de cesáreas también se ha incremento en los últimos años, es importante que los profesionales encargados de la atención materno- perinatal conozcan, apliquen técnicas y brinden una atención de calidad al binomio madre niño, de acuerdo a las necesidades de cada paciente y según lo establecido por la ética médica. Por lo cual es de suma importancia desarrollar este estudio, puesto que permitirá incrementar los conocimientos del personal de salud, en cuanto a las complicaciones maternas durante el parto y puerperio según tipo de parto (vaginal y cesárea) en pacientes con antecedente de cesárea previa y así brindar posteriormente, una indicación asertiva a otras pacientes con diagnósticos similares, conociendo las posibles consecuencias que pueda acarrear la vía de parto.

Además el estudio se puede justificar legalmente, puesto que el Instituto Nacional Materno Perinatal es un Órgano Desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, con categoría III (Alta Complejidad), que tiene por obligación brindar atención de salud de alta complejidad; siendo responsable del desarrollo de un entorno saludable de la persona desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, por ello está orientado a realizar estudios de investigación que promuevan los nuevos conocimientos, sobre las diferentes situaciones que acontecen en la práctica médica, tales como las complicaciones que pudieran presentarse en una cesareada anterior.

Después de haber relatado las implicancias que lleva la cesárea previa, nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014?

Objetivo general

Determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014.

Objetivos específicos

Comparar las complicaciones maternas durante el parto de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto.

Comparar las complicaciones maternas durante el puerperio de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional.

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño descriptivo comparativo y retrospectivo.

2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todas las pacientes con diagnóstico de cesárea previa que hayan culminado su parto por vía vaginal o cesárea en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014.

2.4. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- **Unidad de Análisis:** Paciente con diagnóstico de cesárea previa que haya culminado su parto por vía vaginal o cesárea en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014.
- **Tamaño Muestral:** Para el cálculo de la muestra, se tomó en cuenta las estadísticas del INMP de Enero a Julio del 2014, las cuales reportaron el número de pacientes con cesárea previa que habían culminado su parto por vía vaginal (329 gestantes) o cesárea (293 gestantes). Luego, se aplicó la fórmula para muestra finita obteniendo el siguiente tamaño muestral para los dos grupos:

Grupo 1: La población general de pacientes con cesárea previa que han culminado su gestación por parto vaginal fue de 329, al cual se aplicó fórmula (fórmula de Cochran) y se obtuvo un tamaño muestral de 103, sin embargo, se excluyeron 3 historias clínicas debido a que se encontraron datos incompletos, quedando al final 100 historias clínicas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \quad \Rightarrow \quad n = \frac{329 * 1.96^2 (0.5 * 0.5)}{0.08^2 (329 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 103$$

Grupo 2: La población general de pacientes con cesárea previa que han culminado su gestación por parto cesárea fue de 293, al cual se aplicó fórmula (fórmula de Cochran) y se obtuvo un tamaño muestral de 99.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \Rightarrow n = \frac{293 * 1.96^2 * (0.5 * 0.5)}{0.08^2 * (293 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 99$$

Para aplicar la fórmula para muestra finita se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95%, un error del 8% y una prevalencia del 50%.

- **Tipo de muestreo:** El tipo de muestreo para el primer y segundo grupo fue probabilístico aleatorio simple.
- **Criterios de inclusión:**
 - Paciente con cesárea previa.
 - Paciente de 19 a 35 años.
 - Paciente de parto vaginal. (Grupo 1).
 - Paciente de parto por cesárea. (Grupo 2).
 - Pacientes con 6 a más controles prenatales.
- **Criterios de exclusión**
 - Paciente menor de 19 años y mayor de 35 años
 - Paciente con óbito fetal en el parto actual.
 - Paciente con patologías durante el embarazo.
 - Paciente con periodo intergenésico corto y largo.
 - Paciente con más de un antecedente de cesárea.

2.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable:

Complicaciones maternas

Dimensiones:

- Complicaciones durante el parto.
- Complicaciones durante el puerperio.

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La técnica que se utilizó fue la observación de fuente indirecta, pues los datos se recolectaron tras la revisión de las historias clínicas.

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos, estructurada en dos partes: características personales y complicaciones durante el parto y puerperio; la primera parte contiene información sobre los datos generales de las pacientes a través de 6 preguntas cerradas y abiertas; además de datos sobre las características de la cesárea anterior y del embarazo actual mediante 7 preguntas. La segunda parte de la ficha contiene información sobre la indicación de la cesárea actual (en el caso de las pacientes que fueron sometidas a cesárea) y sobre la presencia de alguna complicación durante el parto y puerperio, la cual está conformada por 20 premisas.

2.7. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la resolución de aprobación del título de investigación, se procedió a validar el instrumento y tramitar los permisos respectivos para poder revisar las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de cesárea anterior durante el año 2014 atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

Una vez obtenido el permiso se procedió a solicitar los números de historias clínicas de las pacientes cesareadas anteriores a la unidad de estadística del INMP, para posteriormente realizar un muestreo probabilístico estratificado, seleccionando así a las pacientes que culminaron el parto por vía vaginal o cesárea.

Una vez seleccionada la muestra, se procedió a solicitar los números de historias a la unidad de archivo, luego se procedió a hacer la revisión minuciosa de cada historia proporcionada, identificando si cumplen o no con los criterios de inclusión del estudio. Seguidamente se realizó el registro de los datos solicitados en la ficha de recolección de datos; a cada ficha se le asignó un número Id, para poder identificar la procedencia de la información. En todo momento se salvaguardó la identidad de las pacientes y los datos solo fueron usados con los fines dispuestos en el estudio.

Cabe resaltar que la recopilación de la información fue realizada personalmente por el investigador, con la finalidad de disminuir los errores. La información recogida en cada ficha de recolección de datos, fue revisada, realizando un control de calidad, seleccionando las fichas que por algún motivo no tengan registrados los datos

completos. Posteriormente cada ficha fue foliada para guardar un orden al momento del ingreso de los datos.

Los datos recolectados fueron ingresados a una base de datos en el programa IBM Statistics SPSS versión 21.0 para su análisis. Por ser el estudio descriptivo, el análisis que se realizó fue netamente descriptivo, pues según tipo de variable se utilizó un estadístico determinado: para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (promedios o medias) y medidas de dispersión (desviación estándar); para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

2.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio no hubo participación directa de seres humanos, sin embargo para cumplir con las consideraciones éticas necesarias se guardó absoluta discreción de los datos personales que puedan identificar al participante. Además el presente trabajo fue evaluado por el comité de ética de la escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y del Instituto Nacional Materno Perinatal.

3.- RESULTADOS

En el presente estudio se busca determinar las complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014, tomándose dos grupos: Grupo Parto Vaginal (Grupo 1; n=100) y Grupo Parto por Cesárea (Grupo 2; n=99). En primera instancia se describirán las características sociodemográficas de las pacientes según el tipo de parto y luego se mencionarán las principales complicaciones.

Tabla N°1: Características generales de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Primer semestre 2014.

Características generales		Tipo de parto			
		Grupo Parto vaginal		Grupo Parto por cesárea	
		28.65±4.290		29.13±4.379	
		N	%	N	%
Edad	19 a 24 años	19	19.0%	15	15.2%
	25 - 29 años	35	35.0%	35	35.4%
	30 a 35 años	46	46.0%	49	49.5%
Estado civil	Soltera	4	4.0%	3	3.0%
	Casada	18	18.0%	30	30.3%
	Conviviente	78	78.0%	66	66.7%
Grado de instrucción	Primaria	11	11%	1	1.0%
	Secundaria	72	72.0%	76	76.8%
	Superior	17	17.0%	22	22.2%
Ocupación	Ama de casa	77	77.0%	74	74.7%
	Empleada	11	11.0%	11	11.1%
	Independiente	11	11.0%	12	12.1%
	Otros	1	1.0%	2	2.0%
Antecedentes Personales	No tuvo antecedentes	86	86.0%	78	78.8%
	Apendicetomía	4	4.0%	5	5.1%
	Colecistectomía	3	3.0%	4	4.0%
	Asma	4	4.0%	2	2.0%
	Otros	3	3.0%	10	10.1%
Antecedentes Familiares	No tuvo antecedentes	84	84.0%	85	85.9%
	Cáncer	3	3.0%	2	2.0%
	Diabetes	7	7.0%	9	9.1%
	Hipertensión	3	3.0%	2	2.0%
	Otros	3	3.0%	1	1.0%
TOTAL		100	100.0%	99	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección Adhoc, primer semestre 2014

Las características generales de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto fueron: la edad promedio del grupo de parto vaginal fue 28.65 años y del grupo de parto por cesárea fue 29.13 años. La mayoría de las pacientes del grupo de parto vaginal (46%) y de cesárea (49.5%) tuvieron edades con rangos entre 30 a 35 años. El 78% y el 66.7% de las pacientes del primer grupo y del segundo grupo respectivamente fueron de estado civil conviviente. Las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal tuvieron grado de instrucción secundaria (72%), al igual que las pacientes con cesárea previa que culminaron por cesárea (76.8%). La ocupación de las pacientes del primer grupo (77%) y del segundo grupo (74.7%) fue ama de casa. En cuanto a los antecedentes personales, la mayor parte de las pacientes del grupo con parto vaginal (86%) y con parto por cesárea (78.8%) no tuvieron antecedentes personales, sin embargo, en el primer grupo el 4% tuvo antecedente de apendicectomía y asma respectivamente comparado con el grupo de parto por cesárea, donde el 5.1% tuvo antecedente de apendicectomía y el 4% de colecistectomía. (Ver Tabla N°1).

Tabla N°2: *Datos del embarazo actual según tipo de parto en las pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Primer semestre 2014.*

Datos promedios del embarazo actual	Tipo de parto	
	Grupo Parto vaginal	Grupo Parto por cesárea
	Promedio \pm DS (Min. - Max)	Promedio \pm DS (Min. - Max)
Numero de gestaciones	3.01 \pm 1.159 (2 - 8)	2.64 \pm 0.952 (2 - 6)
Número de partos	1.59 \pm 0.965 (1 - 7)	1.28 \pm 0.640 (1 - 5)
Edad gestacional	39.10 \pm 1.059 (35 - 41)	38.73 \pm 1.141 (37 - 41)
Estancia hospitalaria	2.28 \pm 0.766 (1 - 8)	3.31 \pm 1.056 (2 - 8)

Fuente: *Ficha de Recolección Adhoc, primer semestre 2014*

El número promedio de gestaciones en las pacientes con cesárea previa de parto vaginal fue 3.01 \pm 1.159 y en las pacientes con cesárea previa de parto por cesárea fue 2.64 \pm 0.952. En el grupo de parto vaginal, el número promedio de partos fue 1.59 \pm 0.965 veces y en el grupo de parto por cesárea fue 1.28 \pm 0.640 veces. La edad gestacional promedio en el primer grupo fue 39.10 semanas comparado con el segundo grupo 38.73 semanas. La estancia hospitalaria promedio en las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal (2.28 \pm 0.766 días) fue menor que en las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto por cesárea (3.31 \pm 1.056 días).

Tabla N°3: *Indicación de la cesárea anterior según tipo de parto actual en las pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Primer semestre 2014.*

Indicaciones de cesárea anterior	Tipo de parto			
	Grupo Parto vaginal		Grupo Parto por cesárea	
	N°	%	N°	%
Alteración de la vitalidad fetal	21	21.0%	33	33.3%
Preeclampsia-Eclampsia	12	12.0%	10	10.1%
Desproporción feto-pélvica	8	8.0%	14	14.1%
Macrosomía	12	12.0%	7	7.1%
Presentación pélvica	10	10.0%	7	7.1%
Otros	40	40.0%	33	33.4%

Fuente: *Ficha de Recolección Adhoc, primer semestre 2014*

Respecto a la indicación de la cesárea anterior, el grupo de parto vaginal tuvo como principales indicaciones a la alteración de la vitalidad fetal (21%), la preeclampsia-eclampsia (12%), la macrosomía (12%), la presentación pélvica (10%) y la desproporción feto-pélvica (8%) en comparación con el grupo de parto por cesárea que tuvo como principales indicaciones a la alteración de vitalidad fetal (33.3%), la desproporción feto-pélvica (14.1%), la preeclampsia-eclampsia (10.1%), la macrosomía (7.1%) y la presentación pélvica (7.1%) (Ver Tabla N°3).

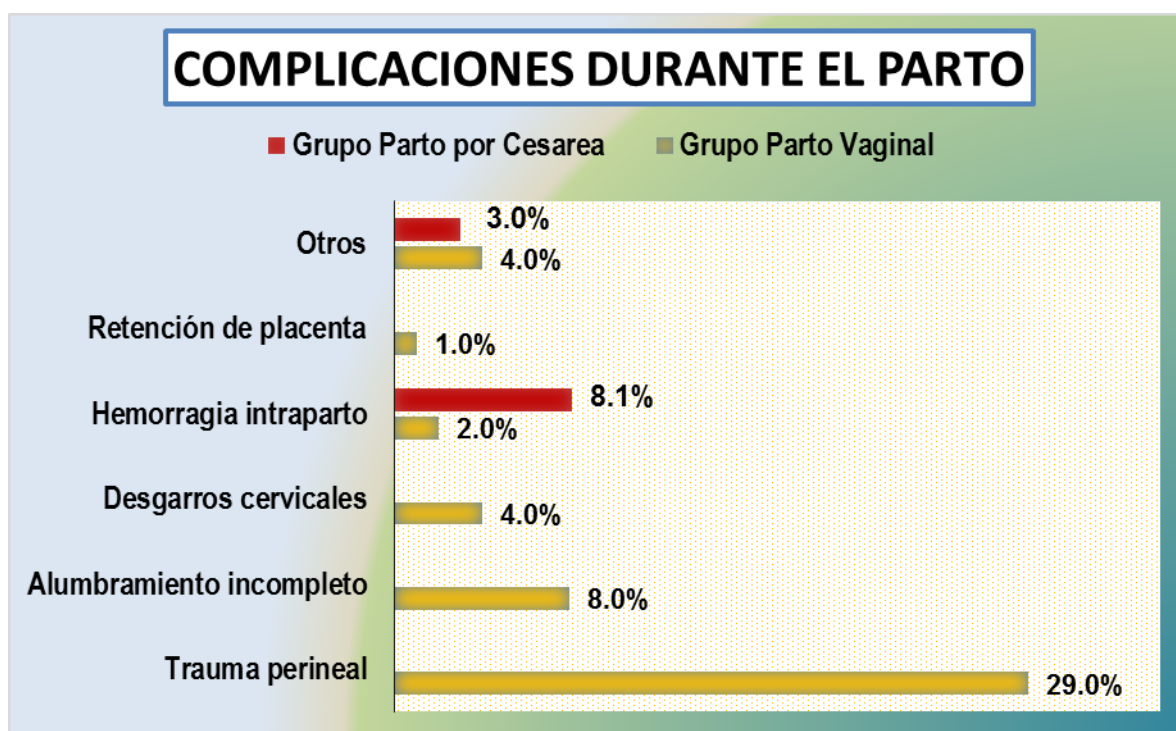
Tabla N°4: *Indicación de cesárea actual en las pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Primer semestre 2014.*

Indicación de cesárea actual	Grupo Parto por cesárea	
	N	%
Antecedente de cesárea previa	35	35.4%
Alteración de la vitalidad fetal	21	21.2%
Desproporción feto-pélvica	18	18.2%
Falta de progresión del trabajo de parto	11	11.1%
Otros	17	17.20%

Fuente: *Ficha de Recolección Adhoc, primer semestre 2014*

La indicación de cesárea actual fue antecedente de cesárea previa en el 35.4%, alteración de la vitalidad fetal en el 21.2%, desproporción feto-pélvica en el 18.2% y la falta de progresión del trabajo de parto en el 11.1% (Ver Tabla N°4).

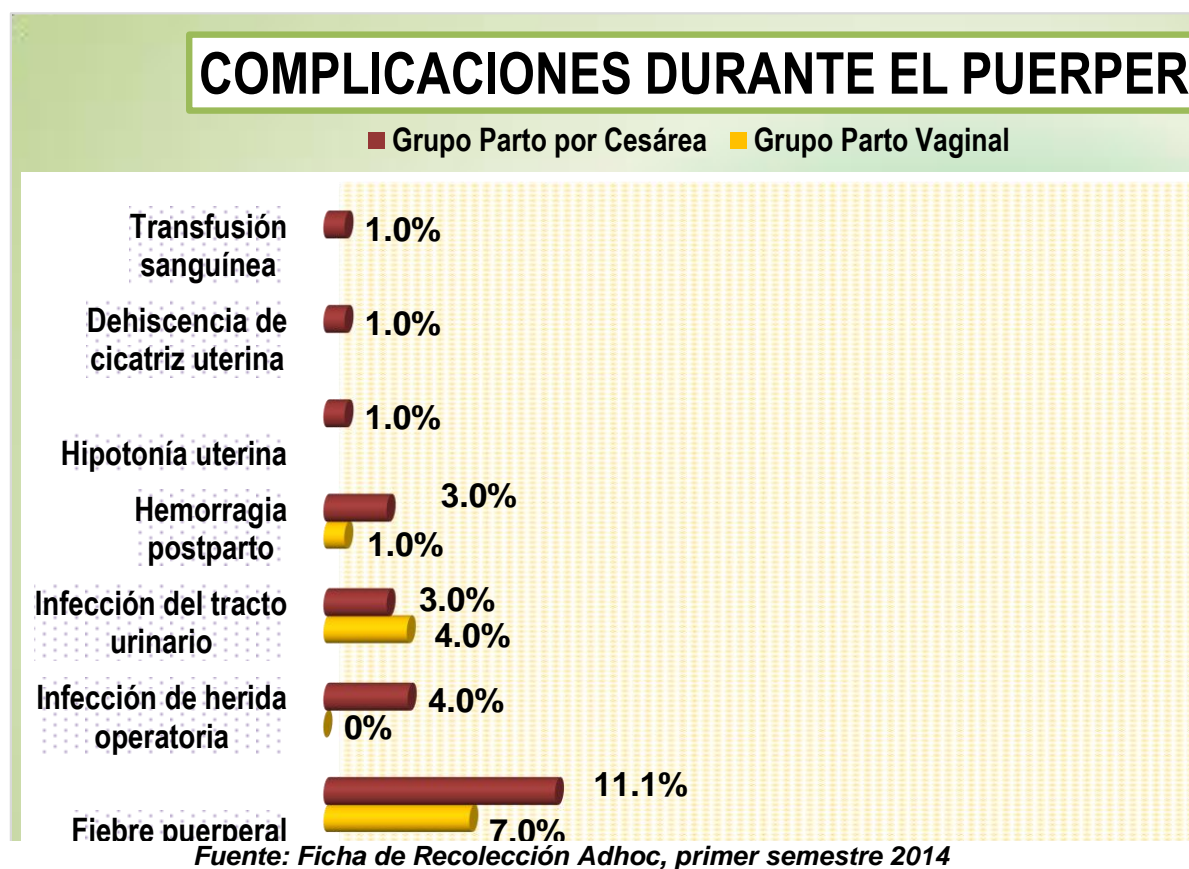
Gráfico N°1: *Complicaciones maternas durante el parto según tipo de parto en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Primer semestre 2014.*



Fuente: Ficha de Recolección Adhoc, primer semestre 2014

En el gráfico N°1 se observa que en el grupo de parto vaginal se presentaron como principales complicaciones maternas durante el parto: el trauma perineal (29%), el alumbramiento incompleto (8%), los desgarros cervicales (4%) y la hemorragia intraparto (2%), y en el segundo grupo se presentó como principal complicación la hemorragia intraparto (8.1%).

Gráfico N°2: *Complicaciones maternas durante el puerperio según tipo de parto en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Primer semestre 2014.*



Las complicaciones maternas durante el puerperio que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa fueron la anemia en un 42%, la fiebre puerperal en un 7% y la infección del tracto urinario en un 4%, en comparación con las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa que tuvieron anemia en un 42.4%, fiebre puerperal en un 11.1%, infección de herida operatoria en un 4% y hemorragia posparto e infección del tracto urinario en un 3% respectivamente. Además, en el grupo de parto por cesárea, se presentó un solo caso de transfusión sanguínea (1%), de dehiscencia de cicatriz uterina (1%) y de hipotonía uterina (1%). (Gráfico N°2)

3. DISCUSIONES

En lo referente a las características de las pacientes con cesárea previa, en el presente estudio, las pacientes que culminaron en un parto vaginal tuvieron una edad promedio de 28.66 años similar a las pacientes que culminaron en cesárea cuya edad promedio fue 29.13 años. Estos resultados son semejantes al estudio de Sáenz²⁶, quien halló que la edad promedio del grupo del parto vaginal fue 28.3 años y en el grupo de cesárea fue 28.2 años. Respecto al grado de instrucción, en las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal, el 72% tuvo grado de instrucción secundaria, al igual que el 76.8% de las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto por cesárea, estos datos son similares a lo encontrado por Sáenz²⁶, quién en su investigación realizada describió que las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal tenían como grado de instrucción Secundaria en un 78,8% al igual que las que culminaron en cesárea con un 77.9%.

Los principales motivos para la indicación de cesárea previa en el grupo de parto vaginal fue la alteración de la vitalidad fetal (21%), la preeclampsia-eclampsia (12%) y la macrosomía (12%), los cuales fueron casi similares con el grupo de parto por cesárea, el cual tuvo como principales indicaciones a la alteración de vitalidad fetal (33.3%), la desproporción feto-pélvica (14.1%) y la preeclampsia-eclampsia (10.1%), mientras que Campos⁸, expuso en su estudio como principales indicaciones de la cesárea previa en el grupo de parto vaginal a la falta de progresión del trabajo de parto vaginal (52.3%), la presentación anómala (18.8%) y la alteración de la vitalidad fetal (12.2%), y en el grupo de cesárea la falta de progresión del trabajo de parto vaginal (63%), la presentación anómala (14.3%) y la alteración de la vitalidad fetal (13.3%). Los hallazgos del estudio de Sandeliz⁷ tienen cierta semejanza al nuestro, pues dicho autor describió como principales indicaciones de la cesárea anterior en el grupo de parto eutócico a la preeclampsia-eclampsia (18.3%) y bienestar fetal alterado (16.8%). Respecto a ello, la alteración de vitalidad fetal es una de las indicaciones que se repite con frecuencia en los diferentes estudios, esto debido a que la cesárea sería la culminación inmediata ante un evento que pone en riesgo la vida fetal.

Dentro de las características del embarazo actual, la edad gestacional promedio de las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal fue 39.1 semanas similar a las pacientes con cesárea previa que culminaron en cesárea, la cual fue 38.7 semanas. Estos resultados son parecidos a lo hallado por Sáenz²⁶,

pues en su estudio encontró que la edad gestacional promedio fue 38.9 semanas y 38.8 semanas en los grupos de parto vaginal y de parto por cesárea respectivamente.

Respecto a la cesárea actual, en la presente investigación, la indicación de cesárea fue por antecedente de cesárea previa (35.4%), alteración de la vitalidad fetal (21.2%), desproporción feto-pélvica (18.2%), falta de progresión del trabajo de parto (11.1%) y presentación anómala (7.1%), dichos resultados no concuerdan con el estudio de Campos⁸, quien encontró que los principales motivos de indicación de cesárea fueron la falta de progresión en el trabajo de parto (50.4%), la alteración de la vitalidad fetal (15.9%) y la desproporción feto pélvica (5%).

En cuanto a las complicaciones durante el parto, la literatura menciona que durante el parto las pacientes con cesárea previa pueden presentar complicaciones como rotura uterina, retención placentaria, desgarros obstétricos, complicaciones anestésicas, etc., de acuerdo al tipo de parto. En el presente estudio, el grupo de parto vaginal presentó más complicaciones durante el parto como trauma perineal (29%), alumbramiento incompleto (8%) y desgarros cervicales (4%), a diferencia del grupo de parto por cesárea que principalmente presentó hemorragia intraparto (8.1%), sin embargo esta última complicación se presentó con mayor frecuencia en el grupo de parto vaginal, lo cual se contrasta de los resultados de Campos⁸, pues en su trabajo se observó menor frecuencia de complicaciones maternas durante el parto, siendo las principales complicaciones en las pacientes de parto normal: los desgarros cervicales (2.96%) y las patologías del alumbramiento (1.32%), mientras que en el parto por cesárea solo se presentó rotura uterina más histerectomía (0.84%). De acuerdo a lo señalado, podemos ver que a pesar de que la vía vaginal es la más recomendable al culminar la gestación, en el presente estudio se han presentado mayor número de complicaciones maternas en las pacientes con cesárea previa durante el parto por vía vaginal en comparación con la cesárea, sin dejar de lado el mayor riesgo de hemorragia intraparto en las pacientes con cesárea.

Por otro lado, las pacientes de parto vaginal y cesárea con cesárea previa, pueden presentar repercusiones durante el puerperio tales como atonía uterina, histerectomía, hemorragia postparto, endometritis, infección del tracto urinario, anemia, entre otras. En la presente investigación, las complicaciones maternas durante el puerperio en el grupo de parto vaginal y en el grupo de parto por cesárea se presentaron de manera similar, siendo las principales complicaciones: la anemia (G1: 42%; G2: 42.4%), la fiebre puerperal (G1: 7%; G2: 11.1%) y la infección del tracto

urinario (G1: 4%; G2: 3%), sin embargo en el grupo de parto por cesárea también se presentaron otras complicaciones como infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto (3%); lo cual tiene cierta semejanza con el estudio de Pérez¹⁷, quién observó que no habían diferencias en las complicaciones entre el grupo de parto vaginal y parto por cesárea, destacando entre ellas la fiebre puerperal (Parto vaginal: 3.04%; Cesárea: 12.27%), la infección de herida operatoria (Parto vaginal: 0.43%; Cesárea: 0.87%) y la infección del tracto urinario (Parto vaginal: 0.22%; Cesárea: 0.43%); en cambio Huertas⁴, halló en su investigación que el grupo con trabajo de parto no presentó complicaciones y el grupo de cesárea electiva presentó hemorragia postparto (0.8%), rotura uterina (0.4%), histerectomía (0.4%) y transfusión sanguínea (0.4%). Los resultados de la presente investigación nos muestran que tanto las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal como las pacientes que culminaron en cesárea presentaron complicaciones durante el puerperio, representando la anemia una de las complicaciones con más altos porcentajes, no obstante fue ligeramente mayor en el grupo de parto por cesárea, lo cual tiene relación con lo acontecido en este grupo, pues se presentó más hemorragias tanto intraparto como postparto.

4. CONCLUSIONES

- Las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa atendidas en el INMP durante el primer semestre 2014 fueron en el grupo de parto vaginal la anemia y el trauma perineal, y en el grupo de parto por cesárea fueron la anemia y la fiebre puerperal.
- Las complicaciones maternas durante el parto en las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal fueron el trauma perineal (29%), el alumbramiento incompleto (8%) y los desgarros cervicales (4%) y en las que culminaron en cesárea fue la hemorragia intraparto (8.1%).
- Las complicaciones maternas durante el puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal fueron la anemia (42%), la fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%) y las que culminaron en parto por cesárea fueron la anemia (42.4%), la fiebre puerperal (11.1%) y la infección de herida operatoria (4%).

5. RECOMENDACIONES

- Se sugiere una evaluación estudio en las pacientes con cesárea previa para determinar la vía de culminación del parto con la finalidad de reducir el número de complicaciones durante el parto.
- Se recomienda tener en cuenta el riesgo de la hemorragia intra y postparto en las pacientes con cesárea previa que culminan en parto por cesárea para un adecuado manejo clínico y de medicamentos que ayuden a la contractibilidad uterina, pues de esta manera también disminuirá la prevalencia de anemia, complicación que se ha observado en altos porcentajes.
- Se sugiere tener mayor cuidado al realizar la protección del periné durante el parto vaginal y evitar el exceso de manipulaciones, de tal manera que se pueda disminuir la presencia de trauma perineal; además durante el momento del parto es necesario determinar si una paciente requiere de una episiotomía, pues esa decisión puede influir en que se produzcan traumas perineales.
- Se recomienda educar a las pacientes post cesareadas con cesárea previa sobre los cuidados del puerperio y de la herida operatoria para evitar el riesgo de infección de la herida operatoria, entre otras complicaciones durante este periodo.
- Se sugiere realizar otras investigaciones donde se evalúe el riesgo de las complicaciones del parto y puerperio en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cragin B: Conservatism in obstetrics. New York: Med J 1916; 104: 1-3.
2. Ramírez J. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa: Instituto Nacional Materno Perinatal-2007. [Tesis], Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2007.
3. Santaaulalia I. El uso abusivo de cesáreas en América Latina contradice a la OMS. El país. 15 marzo 2013.
4. Huertas E., Pocco D. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56: 284-288.
5. Fondo de la Naciones Unidas. El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez. UNICEF. [Consultado 5 de diciembre del 2014]. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/emi_2014_0.pdf.
6. Puentes R, Gómez D, Garrido L, Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Introducción, Párr. 5. Salud Pública Méx 2004; Vol. 46(1):16-22. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000095#autores>
7. Sandeliz C, Conde M, Castañedo G, Medina S. Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa; Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”; Santa Clara, Cuba, 2008.
8. Campos J, Álvarez J, García P, Rojas M, Nemer C, Estiú M. Parto vaginal después de una cesárea; Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2007;26(1):15-20.
9. Oficina de Estadística e Informática. Boletín estadístico Año 2013. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2013.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de práctica clínica en el SNS. Octubre 2010. España. Pg. 315.
11. Williams Obstetricia. Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Haut K, Wenstrom K, eds. Parto por cesárea e histerectomía posparto. 21ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires – Argentina 2002; 463 – 85.
12. Messa J. Parto Vaginal con Cesárea Previa. Sociedad Vallecana de Obstetricia y Ginecología. Revisión.

13. Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos. Parto por Cesárea. Folleto SP006, October 2011 <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-por-cesarea#cuadro>
14. Cesárea repetida electiva planificada versus parto vaginal planificado en pacientes con un parto anterior por cesárea (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 12. Art. No.: CD004224. DOI: 10.1002/14651858.CD004224
15. Calderón Á, Manrique M, Giacomini L, Moya R. Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea, Hospital Dr. Rafael; Acta Médica Costarricense, 2010; 52 (1).
16. Ramírez J. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa; Instituto Nacional Materno Perinatal-2007 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2009.
17. Pérez P. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2005.
18. Castro E, Díaz A. Rotura Uterina. Ginecol Obstet Mex 2010; 78(4):254-258.
19. Ortiz A, Miño L, Ojeda P, Medina S. Hemorragia Puerperal. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. Abril 2011; 206: 1-16.
20. Protocolo de Referencia y contrarreferencia en Endometritis Puerperal. Complejo Hospitalario San José. Perú. Setiembre 2012;1.
21. Manrique G. Herrezuelo. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2009, 24pg.
22. Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos. El parto vaginal después de una cesárea anterior. Practice Bulletin No. 115. Obstet Gynecol 2010; 116: 450-63. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery#box>
23. Piridjian G. Trabajo de parto con Cesárea previa. Clín Obstet Ginecol. 1992; 3: 429-3.
24. The American College of Obstetrician and Gynecologists. Parto vaginal después de una cesárea - Decidir acerca de un intento de parto después de una cesárea. Agosto de 2011, FAQ070

<http://www.acog.org/Patients/FAQs/Vaginal-Birth-After-Cesarean-Delivery-Deciding-on-a-Trial-of-Labor-After-Cesarean-Delivery>

25. American College of Obstetrician and Gynecologist. Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 156: 565-66.
26. Sáenz C, Santana S, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2010; 56:232-237.

7. ANEXOS

INDICE

1..Definición de términos	35
2..Operacionalización de variables	36
3..Ficha de recolección de datos	37

I. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Complicaciones maternas: Son aquellos problemas de salud que se producen en la madre.

Parto: Proceso fisiológico que lleva a la expulsión del feto y los anexos.

Puerperio: Período que transcurre desde que termina el alumbramiento hasta el regreso al estado normal pre gravídico del organismo femenino.

Cesárea: Intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares, que dificultan el parto vaginal.

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Complicaciones maternas durante el parto y puerperio	Son aquellos problemas de salud que se producen en pacientes con cesárea previa durante el parto y el puerperio	Complicaciones durante el parto	Trauma perineal	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
			Rotura uterina			
			Hemorragia intraparto			
			Desgarro cervical			
			Alumbramiento incompleto			
			Retención de placenta			
		Complicaciones durante el puerperio	Atonía uterina	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
			Histerectomía.			
			Dehiscencia de cicatriz uterina previa			
			Endometritis			
			Hemorragia postparto			
			Fiebre puerperal			
			Infección del tracto urinario			
			Infección de la herida operatoria			
			Corioamnionitis			
			Anemia			
			Transfusión sanguínea			
			Muerte materna			

III. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2014”.

Grupo Parto vaginal ☐
Grupo Parto por cesárea ☐

Características generales:

1. Edad: _____
2. Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Viuda ()
3. Grado de Instrucción: Sin Instrucción () Primaria Incompleta () Primaria Completa ()
Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior ()
4. Ocupación: _____
5. Antecedentes personales: _____
6. Antecedentes familiares: _____

Datos de la gestación anterior

7. Indicación de cesárea anterior:

- Falta de progresión del trabajo de parto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Distocia de dinámica uterina.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Macrosomía	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Presentación pélvica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Presentación transversa	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Placenta previa	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Desprendimiento prematuro de placenta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Embarazo gemelar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Embarazo prolongado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Ruptura prematura de membranas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Alteración de la vitalidad fetal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Desproporción feto-pélvica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Periodo expulsivo prolongado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Preeclampsia-Eclampsia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Prolapso de cordón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
- Otros: _____		

Datos del embarazo actual:

8. G__ P_____
9. Número de controles prenatales: _____
10. Edad gestacional: _____
11. Tiempo transcurrido desde la cesárea previa hasta el embarazo actual: _____
12. Estancia hospitalaria: _____

Indicación de cesárea actual:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 13. Antecedente de cesárea previa | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14. Falta de progresión del trabajo de parto. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 15. Presentación anómala | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 16. Alteración de la vitalidad fetal | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 17. Desproporción feto-pélvica | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 18. Periodo expulsivo prolongado | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 19. Dolor en la cicatriz | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 20. Otros: Especificar: _____ | | |

Complicaciones maternas del parto:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 21. Trauma perineal | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 22. Rotura uterina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 23. Hemorragia intraparto | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 24. Desgarros cervicales | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 25. Alumbramiento incompleto | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 26. Retención de placenta | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 27. Otros: Especificar: _____ | | |

Complicaciones maternas del puerperio:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 28. Atonía uterina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 29. Histerectomía | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 30. Dehiscencia de cicatriz uterina previa | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 31. Endometritis | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 32. Hemorragia postparto | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 33. Fiebre puerperal | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 34. Infección del tracto urinario | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 35. Infección de herida operatoria | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 36. Corioamnionitis | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 37. Anemia | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 38. Transfusión sanguínea | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 39. Muerte materna | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 40. Otros: Especificar: _____ | | |